



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2020

«Schönheit» – ein Thema für die Psychiatrie? Überlegungen zum Verhältnis von Psychopathologie und Körperlichkeit

Hoff, Paul

Abstract: Zusammenfassung Das Erleben der eigenen Körperlichkeit ist ein zentraler Aspekt der *Conditio humana*. Bei psychischen Krisen und Erkrankungen kann es erheblich bis massiv beeinträchtigt werden. Der Beitrag erläutert dies an klinischen Beispielen und arbeitet Bedingungen für den Aufbau tragfähiger therapeutischer Beziehungen im Umgang mit dieser Patientengruppe heraus. Schlüsselwörter: Psychopathologie, Körperlichkeit, Embodiment, psychiatrische Diagnostik, körperdysmorphe Störung 'Beauty' – a Topic for Psychiatry? Reflections on the Relation Between Psychopathology and the Body Abstract Establishing a relation with one's own physicality is an essential element of our anthropological framework (*conditio humana*). This relation can be disturbed by critical life events as well as by mental disorders, which is here illustrated by clinical examples. Furthermore we discuss the prerequisites for a stable therapeutical relationship with this particular group of patients. Schlüsselwörter: Psychopathology, body, embodiment, psychiatric diagnosis, body dysmorphic disorder **Résumé** L'expérience de sa propre physicalité est un aspect central de la condition humaine. En cas de crises et de maladies mentales, celle-ci peut être considérablement ou massivement altérée. L'article explique cela à l'aide d'exemples cliniques et élabore les conditions pour le développement de relations thérapeutiques durables en traitant ce groupe de patients. Schlüsselwörter: Psychopathologie, physicalité, incarnation, diagnostics psychiatriques, trouble dysmorphique du corps

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003492>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-187777>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Hoff, Paul (2020). «Schönheit» – ein Thema für die Psychiatrie? Überlegungen zum Verhältnis von Psychopathologie und Körperlichkeit. *Praxis*, 109(7):504-508.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003492>

„Schönheit“ – ein Thema für die Psychiatrie?

Überlegungen zum Verhältnis von Psychopathologie und Körperlichkeit

„Beauty“ – a topic for psychiatry?

Considerations about psychopathology and bodily existence

Paul Hoff

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Zusammenfassung

Das Erleben der eigenen Körperlichkeit ist ein zentraler Aspekt der *conditio humana*. Bei psychischen Krisen und Erkrankungen kann es erheblich bis massiv beeinträchtigt werden. Der Beitrag erläutert dies an klinischen Beispielen und arbeitet Bedingungen für den Aufbau tragfähiger therapeutischer Beziehungen im Umgang mit dieser Patientengruppe heraus.

Abstract

Establishing a relation with one's own bodily existence is an essential element of our anthropological framework (*conditio humana*). This relation can be disturbed by critical life events as well as by mental disorders which is illustrated by clinical examples. Finally, preconditions of a stable therapeutical relationship with this particular group of patients are presented.

Schlüsselwörter

Psychopathologie, Körperlichkeit, Embodiment, psychiatrische Diagnostik, körperdysmorphe Störung

Key words

Psychopathology, bodily existence, embodiment, psychiatric diagnosis, body dysmorphic disorder

1. Wofür die Psychiatrie zuständig ist

Im Verhältnis zwischen der medizinischen Fachdisziplin Psychiatrie und der Gesellschaft taucht immer wieder ein eigenartig ambivalentes Phänomen auf: Einerseits beauftragt „die Gesellschaft“, also wir Alle, die Psychiatrie damit, sich um Menschen zu kümmern, die eigenartige subjektive Erlebnisse berichten (etwa Stimmenhören) und entsprechende Verhaltensweisen zeigen (etwa sozialer Rückzug bei depressiven oder bizarres Verhalten bei psychotischen Personen). Andererseits beobachtet eben diese Gesellschaft die Psychiatrie mit einer wechselnden Mischung aus Neugier, Interesse und Misstrauen, wobei besonders in kritischen Situationen eine Tendenz zu Letzterem unverkennbar ist.

Diese Ambivalenz speist sich wohl auch aus der tatsächlich nicht einfach zu beantwortenden Frage, für welche Art und ab welchem Schweregrad von psychischen Krisen die Psychiatrie denn nun zuständig sei – und für was eben nicht. Anders formuliert: Keineswegs ist jede kritische Lebenssituation, die ja niemandem erspart bleibt, ein Thema für die Psychiatrie. Im Gegenteil: Für einen unser Fach prägenden Denker, Karl Jaspers (1883 - 1969), sind „Grenzsituationen“ solche, die jeden und jede von uns zur Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen wie personale Verantwortung, Schuld, Krankheit und Endlichkeit zwingen [1]. Als konstitutive Elemente der *conditio humana* sind sie etwas zutiefst Menschliches und somit keineswegs Krankhaftes.

In diesen Kontext gehört auch die Auseinandersetzung der Person mit dem eigenen Körper, mit seiner Funktion, Gestalt und ästhetischen Dimension („Schönheit“). Die Psychiatrie kommt hier in zweifacher Weise ins Spiel: Zum einen gibt es zahlreiche psychische Erkrankungen, die zu einer Veränderung des subjektiven Körperbildes führen. Zum anderen stellen der eigene Körper und dessen Erscheinung im sozialen Raum wichtige Referenzpunkte dar, mit denen sich jeder Mensch in seiner individuellen Entwicklung immer wieder beschäftigt und die zur Quelle von Sorgen, Ängsten und Insuffizienzgefühlen werden können, *ohne* dass bereits eine psychische Störung vorläge. Eine solche kann sich aber entwickeln, wenn es dem Individuum nicht gelingt, sich dieser Herausforderung zu stellen. Besonders typisch ist diese Konstellation für die Phase der Pubertät und frühen Adoleszenz, die ja generell von markanten körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen und den vom Individuum geforderten Anpassungsleistungen geprägt ist.

Es geht in der Psychiatrie – auch mit Blick auf die Körperlichkeit – also nicht etwa darum, existenzielle *Fragen*, mit denen jeder Mensch konfrontiert ist, zu pathologisieren. Vielmehr geht es um die *Art der Antworten*, die ein Individuum gibt und die im ungünstigen Fall sehr wohl eine psychische Störung entstehen lassen oder, sofern sie bereits besteht, verschlimmern können.

2. Die Psychiatrie zwischen Psyche und Soma

Es ist ein zentrales Charakteristikum der Psychiatrie, dass sie sich sowohl mit der psychischen wie mit der somatischen Ebene und mit dem Zusammenwirken beider beschäftigt. Dabei – so lehrt schon ein kurzer Blick in die Geschichte des Faches [2] – führt der Versuch, das Psychische durch das Somatische zu verdrängen, ebenso in die Sackgasse wie umgekehrt die Vernachlässigung des Somatischen zugunsten des Psychischen.

2.1. Psyche und Soma: Weit mehr als bloss ein Gegensatzpaar

Die tradierte Gegenüberstellung von Leib und Seele, Körper und Geist, Soma und Psyche suggeriert einen simplen Dualismus, der heute in der wissenschaftlichen Debatte mit Skepsis betrachtet wird. Dies geht wesentlich auf die phänomenologische Denktradition zurück, vertreten etwa durch Edmund Husserl (1859 - 1938), Maurice Merleau-Ponty (1908 - 1961) und Hermann Schmitz (*1928): Hier wird, je unterschiedlich akzentuiert, nicht nur ein blosser Dualismus verworfen, sondern eine differenziertere Betrachtung des somatischen Bereiches durch die Unterscheidung von *Körper* und *Leib* gefordert: Einen Körper *habe ich*, ein Leib *bin ich*. Von Ersterem kann ich abstrahieren, in dem ich ihn zu einem wissenschaftlich zu vermessenden Objekt mache, etwa in der Anatomie oder Pathologie. Eine wirkliche Distanzierung von Letzterem, vom Leib, ist hingegen nicht möglich: Eine Person erlebt sich notwendig immer auch als Leib. Sie kann nicht hinter diese Erfahrung zurück, denn sie dies ein Grundbestand der *conditio humana*. Die aktuelle phänomenologische Forschung in der Psychiatrie hat hier einen Schwerpunkt gesetzt, der sich um den Begriff „Embodiment“ gruppiert, um die enge Verschränkung von mentalen und körperlichen Vorgängen [3] [4] [5] [6]¹.

2.2. Psychische Störungen, die die Beziehung zum eigenen Körper verändern können

Die wechselseitige Beeinflussung von psychischem Befinden und Körpererleben gehört zur Alltagserfahrung: Das Zittern bei Angst, das Erröten bei Scham, das innere Beben bei Wut belegen, wie eng, ja untrennbar beide Bereiche miteinander verschränkt sind. Im Falle einer psychischen Störung gilt dies ebenso, allerdings mit dem Zusatz, dass die Veränderungen

¹ Trotz dieser wichtigen konzeptuellen Entwicklungen wird in der vorliegenden Arbeit aus pragmatischen Gründen meist der etablierte Begriff „Körper“ benutzt.

des Körpererlebens je nach Störung ausgeprägter oder qualitativ andersartig sein können als bei psychisch Gesunden. Dazu seien einige prägnante Beispiele genannt.

2.2.1. Schizophrene Psychosen

Der fremd gewordene Körper

Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis können Veränderungen in allen Bereichen des psychischen Erlebens und des Verhaltens hervorrufen: Neben den formalen Denkstörungen führen Auffälligkeiten des inhaltlichen Denkens, vor allem die verschiedenen Formen des Wahnes, sowie Sinnestäuschungen und affektive Auffälligkeiten wie Angst, Misstrauen und Traurigkeit, oder auch Grandiosität und Gereiztheit, häufig zum Verlust stabiler Brücken zum sozialen Umfeld, zu einem „eigenweltlichen“ Rückzug mit oft fatalen Langzeitfolgen.

Für Aussenstehende weniger augenfällig, aber mindestens ebenso quälend für Betroffene können Missempfindungen und körperbezogene psychotische Symptome sein: Bei der Derealisation und der Depersonalisation werden Umwelt und eigene Person einschliesslich des Körpers als fremd und distanziert erlebt (was auch jenseits von Psychosen vorkommt), bei coenästhetischen Halluzinationen spüren Betroffene bizarre und verängstigende körperliche Veränderungen, und bei den Ich-Störungen schliesslich löst sich die sonst selbstverständliche Grenze zwischen subjektivem Innenraum und Aussenwelt auf: Der/die Patient/in erlebt die eigenen Gedanken, Stimmungen und Verhaltensweisen als unmittelbar von aussen, von fremden Mächten manipuliert. Jede Privatheit fällt so dahin. Wie sehr dies den Kern der Person erschüttert unter Einbezug der körperlichen Selbstwahrnehmung, liegt auf der Hand.

2.2.2. Affektive Störungen

Der eingemauerte und der entgrenzte Körper

Die Bipolarität des affektiven Bereiches mit ihrer maximalen Ausprägung in der bipolaren (früher: manisch-depressiven) Erkrankung zeigt sich auch hinsichtlich der Rolle, die Körperbild und Selbstwahrnehmung für die erkrankte Person spielen.

Der *depressive Mensch* erlebt sich und seinen Körper als gehemmt, verlangsamt, insuffizient, ja verachtenswert. Im Extremfall des nihilistischen Wahns („Cotard-Syndrom“) äussern Patienten Sätze wie: „Ich bin tot, verfault, innerlich zersetzt – und das zu Recht, weil ich ein Versager, ein schlechter Mensch bin.“ Das Gegenteil trifft auf die *manische Entgleisung* zu: Hier geht es um Grösse, gesteigerte Leistungsfähigkeit, Reichtum und Einfluss. Bei schweren Verläufen verfällt jede Selbstkritik, Einwände führen lediglich zu weiterer Gereiztheit oder zum Kontaktabbruch.

Für das Verständnis psychotischer Erkrankungen jeder Art ist der Unterschied zwischen den beiden Aussagen „ich komme mir vor, als ob ...“ und „ich bin ...“ entscheidend. Diese schwer kranken Menschen sprechen eben nicht in Bildern, es geht *nicht um ein „als ob“* – sie sprechen von ihrer *Realität*: Aus ihrer veränderten Perspektive *ist* ihr Körper krank und hässlich oder eben unerreichbar schön und unzerstörbar; Widerspruch und eigene Zweifel prallen ab an der Unkorrigierbarkeit des (in diesem Kontext: depressiven oder manischen) Wahns.

2.2.3. Anorexia nervosa

Der maximal kontrollierte Körper

Bei dieser nach wie vor unzulänglich verstandenen psychischen Erkrankung geraten die Betroffenen, oft junge Frauen, in einen malignen Teufelskreis: Aus Angst, dick, unförmig und hässlich zu werden oder bereits zu sein, schränken sie ihre Nahrungsaufnahme sukzessiv ein und entwickeln oft einen ausserordentlich rigiden Denk- und Handlungsstil im Umgang mit den Themen Körper, Aussehen, Ernährung. Objektiv haben sie zu Beginn der Erkrankung nicht selten einen unauffälligen, allenfalls schlanken Körperbau. Später geraten sie in ein zunehmendes Untergewicht, bleiben dabei aber, für die Umwelt immer weniger nachvollziehbar, starr davon überzeugt, keinesfalls zunehmen zu dürfen. Dies kann zu lebensbedrohlicher Kachexie und zum Tod führen: Die Letalität der Erkrankung wird, je nach Studie, mit 10 - 15% beziffert.

Kollektive Bilder eines schönen oder gar idealen Körpers begleiten, wenn auch in ausserordentlicher Diversität je nach kulturellem Kontext, die Menschheit seit jeher. Auch heute üben gesellschaftlich-normative Ideale hinsichtlich Kleidungsstil, Schlankheit, Fitness sowie kontinuierlicher Präsenz (und Erreichbarkeit) über soziale Medien erheblichen Einfluss auf das Erleben und soziale Verhalten der Menschen aus. Weil derartige Normen im Falle der Anorexia nervosa in extremer Weise überdehnt und ausgelebt werden, hat man die hier anzutreffenden subjektiven Vorstellung eines schönen Körpers mitunter in die Nähe paranoiden Erlebens gerückt, wie es für psychotische Erkrankungen typisch ist.

2.2.4. Angst- und Zwangsstörungen

Der alarmierte und ritualisierte Körper

Angststörungen sind dem Verständnis psychisch gesunder Personen viel zugänglicher, ist Angst doch ein elementares, evolutionsbiologisch nützliches Element menschlicher Affektivität. Jede Person kann beschreiben, wie sich Angst für sie anfühlt. In den Bereich psychischer Störungen gerät das Angsterleben dann, wenn es sich verselbstständigt oder unkontrollierbar wird, etwa im Fall der gegenstandsbezogenen Phobien und der „frei flottierenden“ Angst bei der Panikstörung und der generalisierten Angststörung. Der Körper

spielt dabei oft eine wesentliche Rolle, entweder als äusserlich sichtbarer Indikator der Angst (Zittern, Anspannung, Schwitzen) oder als konkreter Ankerpunkt der Angst: So verursacht das schamhafte Erröten bei der Erythrophobie grossen Leidensdruck, und das ubiquitäre Risiko zu erkranken kann bei der hypochondrischen Störung zu Angstattacken, depressiver Verstimmung und Suizidgedanken führen.

Auch bei Zwangserkrankungen ist die körperliche Ebene häufig einbezogen: Beim Waschzwang werden Körperteile, meist die Hände, aus Angst vor gefährlichen Mikroben ständig gewaschen, oft bis zur Hautmazeration. Zwangsgedanken, die niemand von aussen sieht, die aber für die Betroffenen umso quälender sind, können um die Gestalt und Funktionsfähigkeit des Körpers kreisen.

2.2.5. Dysmorphophobie

Der als entsteht erlebte Körper

Als letztes Beispiel sei ein spezielles Krankheitsbild erwähnt, das Elemente der Angst-, Zwangs- und Impulskontrollstörung vereint und bei dem das „Leiden am eigenen Körper“, konkreter: der subjektiv erlebte „Mangel an Schönheit“, ganz im Vordergrund stehen. Die Dysmorphophobie, auch körperdysmorphe Störung genannt, hat Eingang in die psychiatrischen Diagnosemanuale gefunden (als Teil der hypochondrischen Störung im ICD-10: F45.2 [7] sowie als Teil der Zwangsstörungen im DSM-5: 300.7 [8] [9]). Die Betroffenen beschäftigen sich zunehmend bis exzessiv mit vermeintlichen Mängeln ihrer äusseren Erscheinung, die aus der Sicht Anderer entweder nicht vorhanden oder nur geringfügig sind. Häufig kommt es zu repetitivem Kontrollverhalten (etwa Betrachten im Spiegel und übertriebene Körperpflege). In der Summe können ein gravierender Leidensdruck sowie markante Beeinträchtigungen des familiären und beruflichen Umfelds resultieren [10] [11].

2.3. Das Körperbild im Spannungsfeld zwischen Selbstwertgefühl, gesellschaftlichen (Pseudo-)Idealen und psychischer Störung

Bislang war viel von psychischen Störungen und deren Bedeutung für das Körpererleben die Rede. Wie eingangs betont, geht es aber in der Psychopathologie, sofern man sie als „Grundlagenwissenschaft der Psychiatrie“ [12] versteht², nicht in erster Linie um eine scharfe Demarkation des Krankhaften vom Gesunden. Schliesslich sind viele psychopathologische Phänomene, die bei psychischen Erkrankungen beobachtet werden, nicht grundsätzlich vom

² Leider wird der Wortteil „patho“ im Begriff Psychopathologie in der jüngeren Vergangenheit häufig als Ausdruck einer naiven (und daher nicht explizit gemachten) Medikalisierungstendenz innerhalb der Psychiatrie kritisiert – aus meiner Sicht ein grundlegendes Missverständnis dessen, was Psychopathologie als Wissenschaft zu leisten hat [13].

Erleben gesunder Menschen verschieden. Und selbst bei psychotischen Symptomen, die der ungestörten Psyche bizarr und unverständlich erscheinen (etwa die Ich-Störungen) geht es nicht primär um Pathologisierung, sondern um die Einordnung des jeweiligen Erlebens in den aktuellen und biographischen Horizont der erkrankten Person. Freilich kann dies im Einzelfall sehr schwierig sein, man denke an die verzerrte Körperwahrnehmung bei der schweren Anorexia nervosa.

Der Umgang mit der eigenen Körperlichkeit – und dies beinhaltet die Begriffsfelder Schönheit, Akzeptanz und Positionierung im sozialen Feld – hat mit unserem anthropologischen Fundament zu tun und *kann, muss aber nicht* auf den Bereich psychischer Störungen verweisen. Es ist eine anspruchsvolle Aufgabe, speziell für Jugendliche und junge Erwachsene, sich einerseits akzeptieren zu lernen, andererseits aber selbstkritisch und veränderungsbereit zu werden und zu bleiben, ohne jedoch in die bloße Angepasstheit abzugleiten. Auf den Körper bezogen heisst das, Schönheit nicht mit Perfektion, also mit kompromissloser Rigidität, zu verwechseln und den eigenen Körper stabil in das Selbstbild zu integrieren. Selbstakzeptanz, verbunden mit Veränderungsbereitschaft, ist das Ziel.

Dieser komplexen, sich lebenslang stellenden Aufgabe können wir eher gerecht werden, wenn wir unseren „Körper“ nicht bloss objektiv-technisch, sondern auch subjektiv-lebensnah verstehen – etwa im Sinne der bereits erläuterten Konzeption des „Leibes“. Eine derartige Einbindung der Körperlichkeit in die Lebenswelt, von manchen „Embodiment“ genannt, könnte Individuen resilienter machen gegenüber den changierenden Normen und Idealbildern, die die Gesellschaft in Sachen „Schönheit“ vorgibt.

3. Was folgt daraus für das ärztliche Handeln?

Aus ärztlicher Sicht ist das Verhältnis des Patienten und der Patientin zur Körperlichkeit keineswegs ein Randthema, schon gar nicht eines, das sich an den oberflächlichen Kriterien des jeweiligen *Life-Style* orientiert. Vielmehr geht es um zentrale Aspekte im Selbstverständnis des Menschen. Dies gilt unabhängig davon, ob eine psychische Störung vorliegt oder nicht. Liegt sie vor, stellen sich die genannten Fragen allerdings mit besonderer Schärfe.

In der Zusammenschau ist die Eingangsfrage mit einem klaren Ja zu beantworten: Das Körperbild einer Person – hier plakativ verdichtet im Begriff „Schönheit“ – *ist* ein psychiatrisches Thema, aber eben *nicht nur* ein psychiatrisches. Es gehört zur anthropologischen *und* zur medizinischen Dimension, wie so vieles, was die tägliche Arbeit in der hausärztlichen Grundversorgung mit ihrer wichtigen Weichenstellerfunktion prägt.

Was bedeutet das konkret für das ärztliche Handeln? Folgende Punkte sind hervorzuheben:

- Das Sprechen über die eigene, als defizitär oder gar „hässlich“ erlebte Körperlichkeit ist schwierig und schambehaftet. Um es zu ermöglichen, bedarf es einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung – und einer geduldigen Nachhaltigkeit, um diese zu etablieren.
- Es ist zu klären, ob die Person mit einem irritierenden und verunsichernden Körpererleben eine temporäre Krise durchmacht, die mit der aktuellen Lebenssituation in Verbindung steht, oder ob sie sich auf dem Weg in eine psychische Erkrankung im engeren Sinne befindet oder eine solche bereits vorliegt.
- Gerade in diesem Kontext kommt es entscheidend darauf an, Befunderhebung und Diagnostik in transparenter, dialogischer und respektvoller Weise durchzuführen [14]. Dies benötigt Zeit, ist aber unabdingbar. Sucht jemand wegen belastender Befürchtungen um das eigenen Aussehen ärztlichen Rat, sind zwei Verhaltensweisen der Fachperson sicher nicht hilfreich: Ein diagnostischer Prozess, der aus Patientensicht als technisches Abfragen von Symptomen oder als voreiliges (Psycho-)Pathologisieren wirkt, sowie eine paternalistisch beschwichtigende Haltung. Die betroffene Person wird sich dann nicht ernst genommen, allenfalls sogar abgelehnt fühlen, was nicht selten zum Therapieabbruch und zur weiteren Chronifizierung des Störungsbildes führt.
- Selbstverständlich muss eine sorgfältige Diagnostik das Vorliegen einer somatischen Erkrankung ausschliessen. Allerdings kann sich etwa eine körperdysmorphe Störung auch parallel zu einer körperlichen Erkrankung entwickeln, mitunter in direktem Zusammenhang mit ihr, wenn zum Beispiel die Integration einer postoperativen Narbenbildung in das Selbstbild der betroffenen Person nicht gelingt.
- Wie so oft, ist die kollegiale Vernetzung, vor allem zwischen Haus- und Facharzt/ärztin, bei den hier anstehenden komplexen diagnostischen und therapeutischen Schritten von zentraler Bedeutung.

Key messages

1. Der Bezug zur eigenen Körperlichkeit ist für Menschen bedeutsam, unabhängig vom Vorhandensein oder Fehlen einer psychischen Erkrankung.
2. Psychische Krisen und Erkrankungen können das Körperbild erheblich beeinträchtigen.
3. Eine tragfähige therapeutische Beziehung verhindert eine vorschnelle Pathologisierung ebenso wie eine paternalistische Beschwichtigung, was bei dieser Patientengruppe von besonderer Bedeutung ist.
4. Aufgaben der Psychiatrie sind die Erkennung und die Behandlung psychischer Erkrankungen. Das Fach muss allerdings, gerade im Kontext von Störungen des Körperbildes, die Abhängigkeit seiner Krankheitskonzepte von gesellschaftlichen und wissenschaftstheoretischen Vorbedingungen kontinuierlich kritisch reflektieren.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Lenggstrasse 31, Postfach 363
8032 Zürich
paul.hoff@puk.zh.ch
www.pukzh.ch

Bibliografie

- [1] Hügli A (2020, in press) «Grenzsituationen erfahren und existieren ist dasselbe» – eine philosophische Meditation über einen Satz von Karl Jaspers. Schweizer Archiv für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie 171: w03092 (open access)
- [2] Hoff P (2017) Geschichte der Psychiatrie. In: Möller H J, Laux G, Kapfhammer H P (Hrsg) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1, Allgemeine Psychiatrie 1. Springer Reference Medizin. Springer, Berlin Heidelberg: 41 - 68
DOI 10.1007/978-3-642-45028-0_1-1
- [3] Alloa E, Bedorf T, Grüny C, Klass TN (2012) Leiblichkeit: Geschichte und Aktualität eines Konzepts. Mohr Siebeck, Tübingen
- [4] Fuchs T (2008) Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Kohlhammer, Stuttgart
- [5] Gallagher S (2011) Interpretations of embodied cognition. In: Tschacher W, Bergomi C (eds.) The implications of embodiment: Cognition and communication. Imprint Academic, Exeter: 59 – 71
- [6] Storch M, Cantieni B, Hüther G, Tschacher W (2010) (2. Aufl.) Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Huber, Bern
- [7] World Health Organization (WHO) (1991) Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development). Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Genf
(deutsch 1991: ICD-10. Huber, Bern/Göttingen/Toronto)
- [8] American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5. Aufl. (DSM-5). APA, Arlington
(deutsche Ausgabe Falkai P, Wittchen HU (2015), Hogrefe, Göttingen
Bern Toronto Seattle)
- [9] Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, Martin A (2015) Classification of body dysmorphic disorder – What is the advantage of the new DSM-5 criteria? Journal of Psychosomatic Research 78: 223 - 227
- [10] Lahousen T, Linder D, Gieler T, Gieler U (2017) Körperdysmorphie Störung. Diagnostik und Therapie in der kosmetischen Dermatologie. Hautarzt 68: 973 - 979
doi.org/10.1007/s00105-017-4064-7
- [11] Hartmann A S, Grocholewski A, Buhlmann U (2019) Körperdysmorphie Störung. Hogrefe, Göttingen
- [12] Janzarik W (Hrsg) (1979) Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft. Enke, Stuttgart
- [13] Hoff P (2010) Psychische Störungen: erklären, verstehen oder beschreiben? Historische und aktuelle Perspektiven einer psychopathologischen Kernfrage. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 161: 200 - 208
- [14] Hoff P, Maatz A, Vetter J S (2020) Diagnosis as dialogue: historical and current perspectives. Dialogues in Clinical Neuroscience 22: 27 - 35
doi: 10.31887/DCNS.2020.22.1/phoff